

# SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICARE

El Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (DSHS) tiene programas para ayudarle a pagar algunos de sus gastos de Medicare. Estos programas son para una persona que es elegible o está inscrita en Medicare Parte A.

## **QMB**

(Qualified Medicare Beneficiary)  
Beneficiarios Calificados de Medicare

Este programa es para una persona elegible para Medicare Parte A que tenga activos limitados e ingresos que sean del 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal (FPL) o más bajo. El programa QMB paga por Medicare Parte A si fuera necesario, las primas de Medicare Parte B, y cubre los deducibles y los cargos de coseguro.

## **SLMB**

(Specified Low-Income  
Medicare Beneficiary)  
Beneficiario Especificado de  
Medicare con Ingresos Bajos

Este programa es para la persona elegible para Medicare Parte A que tenga activos limitados e ingresos mayores al 100% del FPL pero menores al 120% del FPL. El programa SLMB provee solamente para el pago de las primas de Medicare Parte B.

## **Personas calificadas (Q-1) – ESLMB**

(Qualified Individual (Q-1) - ESLMB)  
Beneficiario Especial de Medicare con  
Límite más Alto de Ingresos Bajos  
(Expanded Specified Low-Income  
Medicare Beneficiary)

Este programa es para una persona elegible para Medicare Parte A que tenga activos limitados e ingresos mayores al 120% del FPL, pero menores del 135% del FPL. Las personas no pueden ser elegibles para Medicaid y recibir QI-1. El programa QI-1 provee solamente para el pago de las primas de Medicare Parte B. El financiamiento para este programa es limitado.

## ¿CÓMO CALIFICO?

1. Debe ser elegible para recibir Medicare Partes A y B.
2. Sus activos, tales como su cuenta de banco, acciones y bonos no pueden exceder los \$4.000 para una persona, o \$6.000 para una pareja. Los activos e ingresos de su cónyuge son contados aún si su cónyuge no esté recibiendo Medicare ni solicitando beneficios.
3. Su ingreso debe estar dentro de los límites de cada programa. Estos límites de ingreso son actualizados anualmente.
4. Para solicitar o hacer más preguntas, comuníquese con la oficina de Servicios Comunitarios de DSHS (CSO) que sirve en el área donde vive. **Vea su directorio telefónico en las páginas de gobierno estatal, bajo "Social and Health Services", o "Community Services", para encontrar el número telefónico de la CSO más cercana a usted.**

## ¿CÓMO PRESENTO SOLICITUD?

1. Complete las solicitudes adjuntas para los programas QMB, SLMB y QI-1 (o ESLMB).
2. Adjunte una copia de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare (ambos lados) y su tarjeta personal de identificación. También adjunte una copia de su tarjeta de seguro de salud (ambos lados), si tuviera otro seguro. **Sírvase enviar copias, no los originales.**
3. Envíe por correo la solicitud y las copias de los documentos indicados más arriba a su CSO local.
4. Podría tomar hasta 45 días desde la fecha en que DSHS recibe la solicitud hasta que el proceso de la solicitud es completado. Si no tiene noticias de DSHS dentro de 20 días, llame a su Oficina de Servicios Comunitarios (CSO) para preguntar sobre el estado de su solicitud.

SI NECESITA DINERO EN EFECTIVO, ASISTENCIA MÉDICA O DE ALIMENTOS, DEBE COMPLETAR UNA SOLICITUD DIFERENTE. SÍRVASE LLAMAR A SU OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO) Y LE ENVIARÁN EL FORMULARIO APROPIADO.



Tengo/ tenemos otra cobertura médica.

Sí  No

Si es así, ¿qué seguro y a quién cubre?

---



---



---

**INGRESO**

38. Por cada persona que haya incluido en esta solicitud que tenga un ingreso, incluya el ingreso a continuación. Indique el monto del ingreso antes que se quiten las deducciones (como los impuestos o seguro.) El ingreso incluye, pero no se limita a:

- Sueldos
- Trabajo por cuenta propia
- Comisiones
- Alojamiento y Pensión/Alquiler
- Beneficios para trabajadores ferroviarios
- Seguro de beneficios del Seguro Social
- Beneficios para veteranos
- Beneficios de pensión conyugal
- Seguro de desempleo o compensación por accidente de trabajo
- SSI/Asistencia pública
- Pensión/Jubilación
- Dividendos e interés
- Otro

NOMBRE	EMPLEADOR O FUENTE DE INGRESO	MONTO ANTES DE DEDUCCIONES	¿CADA CUÁNTO LO RECIBE?

**ACTIVOS**

A. Mis activos son menores a \$4.000 por una persona o \$6.000 para una pareja. Los activos incluyen cosas como cuentas de banco, certificados de depósitos, bonos de ahorro, IRAs, acciones y bonos, fondos mutuos, efectivo, otra propiedad aparte de su hogar o automóvil.

Sí  No

Si es así, sírvase indicar a continuación:

NOMBRE DEL DUEÑO	TIPO/ NUMERO DE CUENTA DEL ACTIVO	VALOR ACTUAL

B. ¿Usted o su cónyuge poseen o están comprando un automóvil u otro vehículo (camioneta, bote, casa rodante, motocicleta, auto-caravana y/ o trailer?)

Sí  No

Si es así, sírvase indicar a continuación:

NOMBRE DEL PROPIETARIO	ARTÍCULO	AÑO	FABRICANTE/ MODELO	USADO COMO TRANSPORTE A CITAS MÉDICAS	VALOR	MONTO ADEUDADO
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

C. ¿Tiene usted o su cónyuge una póliza de seguro de vida completa con valor en efectivo mayor a \$1.500,00? Indique también todo seguro de entierro o planes de entierro.

Sí  No

Si es así, sírvase indicar a continuación:

TENEDOR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ NUMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EFECTIVO	¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?

**LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR**

**ENTIENDO QUE:**

- Debo informar de inmediato al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS), por escrito o por teléfono, sobre todo cambio en mi situación. La demora en informar podría causar beneficios incorrectos.
- Mi situación está sujeta a verificación por DSHS u otras agencias estatales o federales.
- Debo proveer comprobante cuando se me pida, para calificar para ayuda. DSHS podría ayudarme a conseguir comprobante o contactar a otras personas o agencias para ello.
- Al solicitar o recibir beneficios de cuidado médico, concedo al estado de Washington todos los derechos para toda ayuda médica y para todo pago hecho por terceros para cuidado médico.

**DECLARACIÓN Y FIRMA(S)**

He leído y entendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información provista en esta solicitud es verídica, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE		FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE		FECHA
FIRMA DE LA PERSONA AYUDANDO AL SOLICITANTE	ORGANIZACIÓN	FECHA

## CESIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a DSHS a ceder información de mi solicitud, para los Programas de Ahorro de Medicare, a la persona que ayuda a llenar esta solicitud o representante de la organización de esa persona.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

## INFORMACIÓN VOLUNTARIA

Le pedimos que nos diga voluntariamente su raza o antecedentes étnicos. Esta información no será usada para considerar su elegibilidad para los beneficios.

- Caucásico       Hispano       Negro       Nativo Americano/Nativo de Alaska  
 Vietnamita/ Laosiano/ Camboyano       Tribu: \_\_\_\_\_  
 Otro Asiático o isleño del Pacífico       Otro: \_\_\_\_\_

## PASO #2

## ADJUNTE COMPROBANTES

Necesitaremos alguna información de usted para procesar su solicitud. **Siempre envíenos copias de los documentos, no sus originales.**

Identificación

Licencia para conducir, pasaporte o identificación con foto

Medicare

Tarjeta de identificación de Medicare (ambos lados)

Otro seguro de salud

Tarjeta de Seguro (ambos lados)

Si no puede conseguir comprobantes, DSHS puede ayudarle. Sírvase adjuntar una nota explicando por qué no puede proveer dicho comprobante.

## PASO #3

Firme y feche su solicitud y envíela, junto con las copias de los documentos, a su CSO local. Llame a su CSO local si necesita un sobre con franqueo pagado.

*La discriminación está prohibida en todos los programas y actividades administrados por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud. Ninguna persona será excluida de estos programas y actividades debido a su raza, color, credo, creencia política, nacionalidad de origen, religión, sexo, edad, o impedimento.*